

1 Personuppgifter (Adressuppgifter hämtar vi in automatiskt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (exempel: 601201-1234)	
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post	
Arbetsplats	Land	Medborgarskap	
Tidigare tillhört Försäkringskassan i (länets namn)			

2 Fylls alltid i

Yrke (Skriv med STORA bokstäver)	Sjukanmälningsdag (år-mån-dag)		Om friskänmd, ange datum
Har sjukdomen/olycksfallet orsakat sjukfrånvaro?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Anmälan avser	Arbetssjukdom		När sökte du läkare första gången?
<input type="checkbox"/> Olycksfall (även rån, hot, misshandel)	<input type="checkbox"/> (t.ex. hörselnedsättning, eksem)	<input type="checkbox"/> Annan sjukdom/skada	
Diagnos (Vid olycksfall, ange skadans art och skadad kroppsdel. Vid annat än olycksfall, ange typ av besvär)			
Var har du behandlats? (Ange namn och adress till alla sjukvårdsinrättningar)		Har du varit inlagd på sjukhus på grund av skadan?	
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
		Om "Ja", ange fr.o.m. - t.o.m.	

3 Fylls i om skadan beror på olycksfall i arbetet eller färd i samband med arbetet

Var inträffade olyckan?		Om olyckan inträffade på annan plats - ange var	
<input type="checkbox"/> På ordinarie arbetsplats	<input type="checkbox"/> På annan plats	Hur färdades du och var inträffade olyckan?	
<input type="checkbox"/> Vid färd i tjänsten	<input type="checkbox"/> Vid färd till eller från arbetet		
När inträffade olyckan?	Klockslag	Börjar	Slutar
		Ordinarie arbetstid	
Vad höll du på med när olyckan inträffade? (Ange arbetsuppgift, maskin, material, verktyg som använts etc)			
Vad orsakade olyckan? Vad gjorde du dig illa på? (T.ex. jag slant med kniven. Jag skar mig på kniven.)			
Finns annan försäkring för skadan?		Om "Ja", ange försäkringsbolag och skadenr (om motordrivet fordon - regnr, fordonsslag och ägare)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

4 Fylls i om du vid skadetillfället hade fler arbetsgivare eller egen verksamhet

Företagets namn och adress	Postnummer och ortnamn
----------------------------	------------------------

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/pul

5 Fullmakt/underskrift Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att AFA Sjukförsäkringsaktiebolag och AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.	
Förmyndares personnummer	
Om du är under 18 år är det din förmyndare som ska underteckna fullmakten	
Datum (år-mån-dag)	Namn-teckning

Skicka med kopia av följande handlingar (häfta inte ihop bilagor)

- Läkarintyg för alla sjukperioder

Övriga upplysningar kan lämnas
på blankettens baksida

Punkt 6-10 fylls i av arbetsgivaren

6 Företags- och arbetsgivaruppgifter

Försäkringsavtalsnummer	Organisationsnummer	Den anställdes personnummer (Ex:601201-1234)
Företagets fullständiga namn		Adress
Postnummer	Ortnamn	PlusGironummer
Arbetsgivarens/handläggarens namn (textas)		Telefon (även riktnr)
Namn, besöksadress och telefon till arbetsstället där skadan inträffade (fylls endast i om skadeplatsen var annan än ovan)		
Vid annan tid ange antal dagar eller period	Antal dagar	Fr.o.m. T.o.m.

7 Anställningsuppgifter

* Lönetillägg som lämnas till följd av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet medräknas inte i den anställdes beräknade inkomst

Anställningstid	Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m.
Anställningsform	Ange vad	
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Annan
Den anställdes beräknade inkomst från företaget * (SEK)	Ingår den anställde i den personalkategori för vilken utlandsförsäkring tecknats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Ingår den anställde i läkekostnadsförsäkringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Täcks den anställdes inkomstförlust av sjuklön som betalas av arbetsgivaren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om "Ja", ange bolag
Om "Ja", för vilken tidsperiod betalas sjuklön? <input type="checkbox"/> 14 dagar <input type="checkbox"/> 21 dagar <input type="checkbox"/> 30 dagar <input type="checkbox"/> 60 dagar <input type="checkbox"/> 90 dagar <input type="checkbox"/> 150 dagar		
Vid annan tid ange antal dagar eller period	Antal dagar	Fr.o.m. T.o.m.
Vid redarskyddad tid, ange utbetalt belopp under sjuklöneperioden (SEK)		

8 Fylls i om avtal med AFA Sjukförsäkringsaktiebolag har tecknats

Har den anställde under det senaste året före sjukanmälningdagen varit frånvarande mer än 6 månader i följd p.g.a. annan orsak än sjukdom/föräldraledighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om "Ja", ange frånvarotid	Fr.o.m.	T.o.m.
Orsak		

9 Pensionsavtal som den anställde omfattas av

<input type="checkbox"/> Avtalspension SAF-LO	<input type="checkbox"/> Kooperationens avtalspension, KAP	<input type="checkbox"/> KollektivAvtalad Pension, KAP-KL	<input type="checkbox"/> PFA	<input type="checkbox"/> ITP	Annat pensionsavtal
---	--	---	------------------------------	------------------------------	---------------------

10 Arbetsgivarens underskrift

Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Datum (år-mån-dag)	Namnteckning
--------------------	--------------

11 Övriga upplysningar

F0195 W 002

F0195 11.06